



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 27 sierpnia 2024 r.

Poz. 1296

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 23 sierpnia 2024 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika składek, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, raportów informacyjnych, oświadczeń o zamiarze przekazania raportów informacyjnych, informacji o zawartych umowach o dzieło oraz innych dokumentów

Na podstawie art. 49 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 497, 863 i 1243) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2020 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika składek, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, raportów informacyjnych, oświadczeń o zamiarze przekazania raportów informacyjnych, informacji o zawartych umowach o dzieło oraz innych dokumentów (Dz. U. z 2023 r. poz. 2032 i 2529) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) załącznik nr 12 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;
- 2) załącznik nr 16 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia;
- 3) załącznik nr 17 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia;
- 4) załącznik nr 19 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego rozporządzenia;
- 5) załącznik nr 20 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 5 do niniejszego rozporządzenia;
- 6) załącznik nr 22 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 6 do niniejszego rozporządzenia;
- 7) w załączniku nr 25 do rozporządzenia w części I „Kod tytułu ubezpieczenia” w dziale 1 „Podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem”:
 - a) po wyrazach „05 13 – osoba niepełnosprawna, która po raz pierwszy podjęła prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej i skorzystała z dofinansowania składek na ubezpieczenia społeczne ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w brzmieniu obowiązującym do dnia 1 stycznia 2008 r., a obecnie ma obowiązek dopłaty składek i przekazuje po dniu 30 czerwca 2008 r. dokumenty rozliczeniowe korygujące za okres do grudnia 2007 r.” dodaje się od nowego wiersza wyrazy „05 14 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą zwolniona z opłacania składek, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi 60 % kwoty prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego”;

¹⁾ Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. poz. 2715).

- b) po wyrazach: „05 72 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30 % kwoty minimalnego wynagrodzenia” dodaje się od nowego wiersza wyrazy „05 74 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą zwolniona z opłacania składek, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi 30 % kwoty minimalnego wynagrodzenia”,
- c) wyrazy „05 90 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od przychodu” zastępuje się wyrazami „05 90 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od dochodu”,
- d) wyrazy „05 92 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od przychodu” zastępuje się wyrazami „05 92 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od dochodu”,
- e) po wyrazach „05 92 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od dochodu” dodaje się od nowego wiersza wyrazy „05 94 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą zwolniona z opłacania składek, dla której podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od dochodu”.

§ 2. Kody tytułu ubezpieczenia określone w § 1 pkt 7 stosuje się do wypełniania dokumentów rozliczeniowych dotyczących okresu od dnia 1 grudnia 2024 r. składanych od stycznia 2025 r.

§ 3. Do dokumentów przekazywanych za okresy przypadające przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się kody tytułu ubezpieczenia obowiązujące w okresie, za który dokumenty te zostały złożone.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 września 2024 r., z wyjątkiem § 1 pkt 7, który wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2024 r.

Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: wz. *A. Gajewska*

PLATNIK WYPELNIŁA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RCA	strona: 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH
-----------------------------------	----------------	-----------	--

<p><input type="checkbox"/> 05. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek liniowy</p> <p>06. Kwota dochodu uzyskanego w miesiącu bezpośrednio poprzedzającym miesiąc, za który dokonywane jest rozliczenie</p> <p style="text-align: right;">zł , gr</p>	<p>07. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne</p> <p style="text-align: right;">zł , gr</p>	<p>08. Kwota należnej składki</p> <p style="text-align: right;">zł , gr</p>
<p><input type="checkbox"/> 09. Forma opodatkowania: karta podatkowa</p> <p>10. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne</p> <p style="text-align: right;">zł , gr</p>	<p>11. Kwota należnej składki</p> <p style="text-align: right;">zł , gr</p>	
<p><input type="checkbox"/> 12. Forma opodatkowania: ryczałt od przychodów ewidencjonowanych</p> <p>13. Suma przychodów w bieżącym roku kalendarzowym ⁶⁾</p> <p style="text-align: right;">zł , gr</p>		
<p><input type="checkbox"/> 14. Deklaracja opłacania składek na podstawie przychodów uzyskanych w poprzednim roku kalendarzowym (zaznacz X, jeśli chcesz ustalać składkę na ubezpieczenie zdrowotne na podstawie przychodów uzyskanych w poprzednim roku kalendarzowym)</p>		
<p>15. Kwota przychodów z działalności gospodarczej uzyskanych w ubiegłym roku kalendarzowym ⁷⁾ (podaj w przypadku zaznaczenia p. 14)</p> <p style="text-align: right;">zł , gr</p>	<p>16. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne</p> <p style="text-align: right;">zł , gr</p>	<p>17. Kwota należnej składki</p> <p style="text-align: right;">zł , gr</p>
<p><input type="checkbox"/> 18. Bez formy opodatkowania</p> <p>19. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne</p> <p style="text-align: right;">zł , gr</p>	<p>20. Kwota należnej składki</p> <p style="text-align: right;">zł , gr</p>	

III. F. ROCZNE ROZLICZENIE SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE ⁸⁾

r r r r	01. Rozliczenie składki zdrowotnej za rok
<input type="checkbox"/>	02. Zmiana formy opodatkowania od stycznia 2022 roku ⁹⁾
<input type="checkbox"/>	03. Zmiana formy opodatkowania od lipca 2022 roku ¹⁰⁾
<input type="checkbox"/>	04. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek według skali
	05. Kwota dochodu osiągniętego z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie
	zł , gr
	06. Kwota należnego podatku za rok, za który dokonywane jest roczne rozliczenie ¹¹⁾
	zł , gr
	07. Roczna podstawa wymiaru składki
	zł , gr
	08. Roczna składka
	zł , gr
	09. Suma miesięcznych należnych składek wynikająca ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie
	zł , gr
	10. Kwota do dopłaty (p. 08 – p. 09) ¹²⁾
	zł , gr
	11. Kwota do zwrotu (p. 09 – p. 08) ¹³⁾
	zł , gr
<input type="checkbox"/>	12. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek liniowy
	13. Kwota dochodu osiągniętego z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie
	zł , gr
	14. Roczna podstawa wymiaru składki
	zł , gr
	15. Roczna składka
	zł , gr
	16. Suma miesięcznych należnych składek wynikająca ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie
	zł , gr
	17. Kwota do dopłaty (p. 15 – p. 16) ¹²⁾
	zł , gr
	18. Kwota do zwrotu (p. 16 – p. 15) ¹³⁾
	zł , gr

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RPA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O PRZYCHODACH UBEZPIECZONEGO/ OKRESACH PRACY NAUCZYCIELSKIEJ
--------------------------------	---------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport – 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

05. Kod tytułu ubezpieczenia

III. B. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE

01. Przychód za rok <input type="text"/>	02. Kwota <input type="text"/>
03. Przychód za rok <input type="text"/>	04. Kwota <input type="text"/>
05. Przychód za rok <input type="text"/>	06. Kwota <input type="text"/>

III. C. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE

01. Przychód za rok <input type="text"/>	02. Kwota <input type="text"/>
03. Przychód za rok <input type="text"/>	04. Kwota <input type="text"/>
05. Przychód za rok <input type="text"/>	06. Kwota <input type="text"/>

III. D. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUŃCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE

01. Kwota

III. E. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUŃCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE I KTÓRY JEST NALEŻNY ZA INNY ROK KALENDARZOWY

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Przychód za rok <input type="text"/>	02. Kwota <input type="text"/>
03. Przychód za rok <input type="text"/>	04. Kwota <input type="text"/>
05. Przychód za rok <input type="text"/>	06. Kwota <input type="text"/>

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RPA	strona: 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O PRZYCHODACH UBEZPIECZONEGO/ OKRESACH PRACY NAUCZYCIELSKIEJ
-----------------------------------	----------------	-----------	---

III. F. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ²⁾

01. Okres od (dd / mm / rrrr) 	02. Okres do (dd / mm / rrrr) 	03. Wymiar zajęć
04. Okres od (dd / mm / rrrr) 	05. Okres do (dd / mm / rrrr) 	06. Wymiar zajęć

III. G. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ – KARTA NAUCZYCIELA³⁾

01. Okres od (dd / mm / rrrr) 	02. Okres do (dd / mm / rrrr) 	03. Wymiar zajęć
04. Okres od (dd / mm / rrrr) 	05. Okres do (dd / mm / rrrr) 	06. Wymiar zajęć

IV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	03. Pieczęć płatnika
--	----------------------

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
²⁾ Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2009 r. o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych (Dz.U. z 2024 r. poz. 245).
³⁾ Okresy wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta nauczyciela (Dz.U. z 2023 r. poz. 984, z późn. zm.).

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁOREM

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS DRA	strona: 1	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA	
I. DANE ORGANIZACYJNE				
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów	02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr)	05. Znak i numer decyzji pokontrolnej		
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)	04. Nalepka „R”			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK				
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON			
03. Numer PESEL ¹⁾	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		05. Seria i numer dokumentu	
06. Nazwa skrócona				
07. Nazwisko				
08. Imię pierwsze			09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
III. INNE INFORMACJE				
01. Liczba ubezpieczonych	02. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa ²⁾	03. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe		
		%		
IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA				
SUMY SKŁADEK	01. Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne		02. Kwota składek na ubezpieczenia rentowe	03. Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe
	04. ubezpieczonych		05. ubezpieczonych	06. (p. 04 + p. 05)
	07. płatnika składek		08. płatnika składek	09. (p. 07 + p. 08)
	10. budżet państwa		11. budżet państwa	12. (p. 10 + p. 11)
	13. PFRON ²⁾		14. PFRON ²⁾	15. (p. 13 + p. 14)
	16. Fundusz Kościelny		17. Fundusz Kościelny	18. (p. 16 + p. 17)
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	04. ubezpieczonych		05. ubezpieczonych	06. (p. 04 + p. 05)
	07. płatnika składek		08. płatnika składek	09. (p. 07 + p. 08)
	10. budżet państwa		11. budżet państwa	12. (p. 10 + p. 11)
	13. PFRON ²⁾		14. PFRON ²⁾	15. (p. 13 + p. 14)
	16. Fundusz Kościelny		17. Fundusz Kościelny	18. (p. 16 + p. 17)
SUMY SKŁADEK	19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe		20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe	21. Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe
	22. ubezpieczonych		23. ubezpieczonych	24. (p. 22 + p. 23)
	25. płatnika składek		26. płatnika składek	27. (p. 25 + p. 26)
	28. budżet państwa		29. budżet państwa	30. (p. 28 + p. 29)
	31. PFRON ²⁾		32. PFRON ²⁾	33. (p. 31 + p. 32)
	34. Fundusz Kościelny		35. Fundusz Kościelny	36. (p. 34 + p. 35)
37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik składek (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27)				
V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE				
01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego		
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS ⁴⁾		
		05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)		

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS DRA	strona: 2	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
-----------------------------------	----------------	------------------	---------------------------------

VI. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kwota należnych składek finansowana przez płatnika składek ⁵⁾	zł , gr
02. Kwota należnych składek finansowana przez ubezpieczonych	zł , gr
03. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny	zł , gr
04. Kwota należnych składek finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	zł , gr
05. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika składek (p. 01 + p. 02)	zł , gr
06. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika składek ⁶⁾	zł , gr
07. Kwota do zapłaty (p. 05 – p. 06)	zł , gr

VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FS ORAZ FGŚP

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy ⁷⁾	zł , gr	
02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	zł , gr	03. Kwota do zapłaty (p. 01 + p. 02)
		zł , gr

VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH

01. Liczba pracowników, za których jest opłacana składka na Fundusz Emerytur Pomostowych	zł , gr
02. Liczba stanowisk pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze	zł , gr
	03. Suma należnych składek na Fundusz Emerytur Pomostowych
	zł , gr

IX. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK DO ZWROTU/ZAPŁATY (p. IV.37 + p. VI.07 + p. VII.03 + p. VIII.03 – p. V.05)

01. Kwota do zwrotu przez ZUS ⁸⁾	zł , gr
	02. Kwota do zapłaty
	zł , gr

X. DEKLARACJA DOCHODU (wypełniają osoby, które opłacają składki wyłącznie za siebie)

01. Kod tytułu ubezpieczenia	zł , gr
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	zł , gr
03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe	zł , gr
04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe	zł , gr
05. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne	zł , gr
06. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	<input type="checkbox"/>

XI. FORMA OPODATKOWANIA OBOWIĄZUJĄCA W DANYM MIESIĄCU ORAZ PRZYCHÓD I DOCHÓD Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ DLA CELÓW WYLICZENIA SKŁADKI MIESIĘCZNEJ NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

<input type="checkbox"/> 01. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek według skali		
02. Kwota dochodu uzyskanego w miesiącu bezpośrednio poprzedzającym miesiąc, za który dokonywane jest rozliczenie	03. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne	04. Kwota należnej składki
zł , gr	zł , gr	zł , gr
<input type="checkbox"/> 05. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek liniowy		
06. Kwota dochodu uzyskanego w miesiącu bezpośrednio poprzedzającym miesiąc, za który dokonywane jest rozliczenie	07. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne	08. Kwota należnej składki
zł , gr	zł , gr	zł , gr
<input type="checkbox"/> 09. Forma opodatkowania: karta podatkowa		
10. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne	11. Kwota należnej składki	
zł , gr	zł , gr	

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS DRA	strona: 3	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
-----------------------------------	---------	-----------	--------------------------

12. Forma opodatkowania:
ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

13. Suma przychodów w bieżącym roku kalendarzowym ⁹⁾

zł , gr

14. Deklaracja opłacania składek na podstawie przychodów uzyskanych w poprzednim roku kalendarzowym (zaznacz X, jeśli chcesz ustalać składkę na ubezpieczenie zdrowotne na podstawie przychodów uzyskanych w poprzednim roku kalendarzowym)

15. Kwota przychodów z działalności gospodarczej uzyskanych w ubiegłym roku kalendarzowym ¹⁰⁾ (podaj w przypadku zaznaczenia p. 14)

zł , gr

16. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne

zł , gr

17. Kwota należnej składki

zł , gr

18. Bez formy opodatkowania

19. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne

zł , gr

20. Kwota należnej składki

zł , gr

XII. ROCZNE ROZLICZENIE SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE ¹¹⁾

01. Rozliczenie składki zdrowotnej za rok

r r r r

02. Zmiana formy opodatkowania od stycznia 2022 roku ¹²⁾

03. Zmiana formy opodatkowania od lipca 2022 roku ¹³⁾

04. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek według skali

05. Kwota dochodu osiągniętego z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie

zł , gr

06. Kwota należnego podatku za rok, za który dokonywane jest roczne rozliczenie ¹⁴⁾

zł , gr

07. Roczna podstawa wymiaru składki

zł , gr

08. Roczna składka

zł , gr

09. Suma miesięcznych należnych składek wynikająca ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie

zł , gr

10. Kwota do dopłaty (p. 08 – p. 09) ¹⁵⁾

zł , gr

11. Kwota do zwrotu (p. 09 – p. 08) ¹⁶⁾

zł , gr

12. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek liniowy

13. Kwota dochodu osiągniętego z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie

zł , gr

14. Roczna podstawa wymiaru składki

zł , gr

15. Roczna składka

zł , gr

16. Suma miesięcznych należnych składek wynikająca ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie

zł , gr

17. Kwota do dopłaty (p. 15 – p. 16) ¹⁵⁾

zł , gr

18. Kwota do zwrotu (p. 16 – p. 15) ¹⁶⁾

zł , gr

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS DRA	strona: 4	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
-----------------------------------	---------	-----------	--------------------------

19. Forma opodatkowania: ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

20. Kwota przychodów osiągniętych z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie

21. Roczna podstawa wymiaru składki

22. Roczna składka

23. Suma miesięcznych należnych składek wynikająca ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie

24. Kwota do dopłaty (p. 22 – p. 23)¹⁵⁾

25. Kwota do zwrotu (p. 23 – p. 22)¹⁶⁾

ŁĄCZNA KWOTA DO DOPLATY ALBO DO ZWROTU Z ROZLICZENIA ROCZNEGO¹⁷⁾

26. Łączna kwota do dopłaty

27. Łączna kwota do zwrotu

XIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika składek

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. IX.02 lub wpłacania jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2022 r. poz. 479, z późn. zm.)

XIV. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

²⁾ Pól nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w deklaracji za ten okres, złożonej nie później niż w dniu 30 czerwca 2008 r.

³⁾ Pole wypełniasz, tylko gdy korzystasz ze zwolnienia z obowiązku opłacania składek na ubezpieczenie chorobowe, na mocy ustawy z dnia 9 maja 2024 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2024 r. poz. 863).

⁴⁾ W polu należy wykazać wypłacaną za okres od stycznia 2016 r. kwotę podwyższenia zasiłku macierzyńskiego do wysokości kwoty świadczenia rodzicielskiego finansowanego z funduszu chorobowego.

⁵⁾ W polu tym należy także wykazać kwotę składek finansowanych z budżetu państwa, jeżeli dotację otrzymuje płatnik składek.

⁶⁾ Za okres od 1 kwietnia 2003 r. płatnik składek nie ma prawa do wynagrodzenia za rozliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

⁷⁾ Za okres od stycznia 2019 r. kwotę należnych składek stanowi suma stóp procentowych na Fundusz Pracy i Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, a od stycznia 2020 r. na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy.

⁸⁾ Kwota nadpłaty, zgodnie z art. 24 ust. 6a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 497, z późn. zm.), podlega zaliczeniu przez Zakład z urzędu na poczet zaległych lub bieżących składek, a w razie ich braku na poczet przyszłych składek, chyba że płatnik składek złoży wniosek o zwrot składek.

⁹⁾ Kwota przychodów osiągniętych od początku roku kalendarzowego do końca miesiąca, za który dokonywane jest rozliczenie.

¹⁰⁾ Kwota rocznych przychodów w rozumieniu art. 81 ust. 2h ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).

¹¹⁾ Roczne rozliczenie składki na ubezpieczenie zdrowotne dokonujesz począwszy od 1 maja 2023 r.

¹²⁾ Zmiana formy opodatkowania na podstawie art. 14–15 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 1265, z późn. zm.).

¹³⁾ Zmiana formy opodatkowania na podstawie art. 17 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw.

¹⁴⁾ Pole wypełniasz wyłącznie w sytuacji, gdy w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie, stosowałeś obniżenie składki na ubezpieczenie zdrowotne do wysokości zaliczki na podatek zgodnie z art. 82 ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹⁵⁾ Wypełnij, jeśli składka roczna jest większa od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.

¹⁶⁾ Wypełnij, jeśli składka roczna jest mniejsza od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.

¹⁷⁾ Podajesz wyłącznie jedną kwotę: do dopłaty (p. 26) albo do zwrotu (p. 27). Jeśli w roku, który rozliczasz, stosowałeś jedną formę opodatkowania, wpis ustaloną dla niej kwotę dopłaty albo zwrotu. Jeśli stosowałeś kilka form opodatkowania (skala podatkowa, podatek liniowy, ryczałt od przychodów ewidencjonowanych), wpis ustaloną dla nich różnicę kwot dopłat i zwrotu.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH strona: 1 INFORMACJA MIESIĘCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP
 02. Numer REGON
 03. Numer PESEL¹⁾
 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisz 1, jeśli paszport - 2
 05. Seria i numer dokumentu
 06. Nazwisko
 07. Imię pierwsze
 08. Nazwa skrócona
 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko
 02. Imię pierwsze
 03. Typ
 04. Identyfikator

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY	WYPADKOWE
01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Kod NFZ	03. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	04. Wymiar czasu	
05. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	06.	07.		
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:				
ubezpieczonych	08.	09.	10.	11.
płatnika składek	12.	13.	14.	15.
budżet państwa	16.	17.	18.	19.
PFRON ²⁾	20.	21.	22.	23.
Fundusz Kościelny	24.	25.	26.	27.
28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego				
29. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek			30. Łączna kwota składek (suma od p.08 do p.27)	

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki
 02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika składek³⁾
 03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego
 04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS
 05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBY ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK

01. Kod świadczenia / przerwy
 02. Okres od-do (dd / mm / rrrr)
 03. Liczba dni zasiłkowych / wypłat
 04. Kwota

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH strona: 2 INFORMACJA MIESIĘCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. E. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE

01. Przychód za rok 	02. Kwota
03. Przychód za rok 	04. Kwota
05. Przychód za rok 	06. Kwota

III. F. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE

01. Przychód za rok 	02. Kwota
03. Przychód za rok 	04. Kwota
05. Przychód za rok 	06. Kwota

III. G. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBY, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUNCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE

01. Kwota

III. H. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBY, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUNCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE I KTÓRY JEST NALEŻNY ZA INNY ROK KALENDARZOWY

01. Przychód za rok 	02. Kwota
03. Przychód za rok 	04. Kwota
05. Przychód za rok 	06. Kwota

III. I. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ ⁴⁾

01. Okres od (dd / mm / rrrr) 	02. Okres do (dd / mm / rrrr) 	03. Wymiar zajęć
04. Okres od (dd / mm / rrrr) 	05. Okres do (dd / mm / rrrr) 	06. Wymiar zajęć

III. J. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ – KARTA NAUCZYCIELA ⁵⁾

01. Okres od (dd / mm / rrrr) 	02. Okres do (dd / mm / rrrr) 	03. Wymiar zajęć
04. Okres od (dd / mm / rrrr) 	05. Okres do (dd / mm / rrrr) 	06. Wymiar zajęć

IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika składek lub osoby przez niego upoważnionej oraz pieczęć adresowa płatnika składek

1) Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
 2) Pól nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w raporcie za ten okres, złożonym nie później niż w dniu 30 czerwca 2008 r.
 3) W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeżeli dotację otrzymuje płatnik składek.
 4) Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2009 r. o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 128).
 5) Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta nauczyciela (Dz.U. z 2023 r. poz. 984, z późn. zm.).

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH strona: 1 **INFORMACJA ROCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ**

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer/rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP 02. Numer REGON
 03. Numer PESEL¹⁾ 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisz 1, jeśli paszport - 2 05. Senia i numer dokumentu
 06. Nazwisko 07. Imię pierwsze
 08. Nazwa skrócona 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko
 02. Imię pierwsze 03. Typ 04. Identyfikator

OKRES ROZLICZENIOWY (mm / rrrr)

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia 02. Kod NFZ 03. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe 04. Wymiar czasu

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
05. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06. SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:				
ubezpieczonych	08. <input type="text"/>	09. <input type="text"/>	10. <input type="text"/>	11. <input type="text"/>
płatnika składek	12. <input type="text"/>	13. <input type="text"/>	14. <input type="text"/>	15. <input type="text"/>
budżetu państwa	16. <input type="text"/>	17. <input type="text"/>	18. <input type="text"/>	19. <input type="text"/>
PFRON ²⁾	20. <input type="text"/>	21. <input type="text"/>	22. <input type="text"/>	23. <input type="text"/>
Fundusz Kościelny	24. <input type="text"/>	25. <input type="text"/>	26. <input type="text"/>	27. <input type="text"/>
28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego	<input type="text"/>			
29. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek	<input type="text"/>		30. Łączna kwota składek (suma od p.08 do p.27) <input type="text"/>	

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki
 02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika składek³⁾
 03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego
 04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS
 05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK

01. Kod świadczenia / przerwy 02. Okres od-do (dd / mm / rrrr) -
 03. Liczba dni zasiłkowych / wypłat 04. Kwota

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH strona: 2 INFORMACJA ROCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. E. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE

01. Przychód za rok 	02. Kwota
03. Przychód za rok 	04. Kwota
05. Przychód za rok 	06. Kwota

III. F. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE

01. Przychód za rok 	02. Kwota
03. Przychód za rok 	04. Kwota
05. Przychód za rok 	06. Kwota

III. G. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBY, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUŃCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE

01. Kwota

III. H. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBY, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUŃCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE I KTÓRY JEST NALEŻNY ZA INNY ROK KALENDARZOWY

01. Przychód za rok 	02. Kwota
03. Przychód za rok 	04. Kwota
05. Przychód za rok 	06. Kwota

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. I. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ ⁴⁾

01. Okres od (dd / mm / rrrr) 	02. Okres do (dd / mm / rrrr) 	03. Wymiar zajęć
04. Okres od (dd / mm / rrrr) 	05. Okres do (dd / mm / rrrr) 	06. Wymiar zajęć

III. J. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ – KARTA NAUCZYCIELA ⁵⁾

01. Okres od (dd / mm / rrrr) 	02. Okres do (dd / mm / rrrr) 	03. Wymiar zajęć
04. Okres od (dd / mm / rrrr) 	05. Okres do (dd / mm / rrrr) 	06. Wymiar zajęć

IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika składek lub osoby przez niego upoważnionej oraz pieczęć adresowa płatnika składek

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
²⁾ Pół nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w raporcie za ten okres, złożonym nie później niż w dniu 30 czerwca 2008 r.
³⁾ W polu tym należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeżeli dotację otrzymuje płatnik składek.
⁴⁾ Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2009 r. o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 128).
⁵⁾ Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta nauczyciela (Dz.U. z 2023 r. poz. 984, z późn. zm.).

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RIA	strona: 1	RAPORT INFORMACYJNY
-----------------------------------	----------------	-----------	----------------------------

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Dokument przekazany pierwszorazowo (wpisać - 1)/ korekta (wpisać - 2)

02. Data nadania (dd / mm / rrrr)

03. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL ¹⁰

04. Rodzaj dokumentu:
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,
jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

IV. ROZWIĄZANIE / WYGAŚNIĘCIE OSTATNIEGO STOSUNKU PRACY / STOSUNKU SŁUŻBOWEGO

01. Data (dd / mm / rrrr)

02. Kod wygaśnięcia / kod trybu rozwiązania
stosunku pracy / stosunku służbowego

03. Kod podstawy prawnej rozwiązania / wygaśnięcia
stosunku pracy / stosunku służbowego

04. Jeśli w polu 03 podałeś kod 550 - wpisz podstawę prawną rozwiązania / wygaśnięcia stosunku pracy / stosunku służbowego

05. Strona z inicjały, której nastąpiło rozwiązanie stosunku pracy
jeśli PRACOWNIK wpisz 1, jeśli PRACODAWCA - 2

V. KWOTA PRZYCHODU NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY NIŻ ROK, W KTÓRYM ZOSTAŁ WYPŁACONY, A PRZYCHÓD TEN STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE - ZA OKRES OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2018 r.

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Rok wypłaty <input type="text"/>	02. Przychód za rok <input type="text"/>	03. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
04. Rok wypłaty <input type="text"/>	05. Przychód za rok <input type="text"/>	06. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
07. Rok wypłaty <input type="text"/>	08. Przychód za rok <input type="text"/>	09. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
10. Rok wypłaty <input type="text"/>	11. Przychód za rok <input type="text"/>	12. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
13. Rok wypłaty <input type="text"/>	14. Przychód za rok <input type="text"/>	15. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
16. Rok wypłaty <input type="text"/>	17. Przychód za rok <input type="text"/>	18. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
19. Rok wypłaty <input type="text"/>	20. Przychód za rok <input type="text"/>	21. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
22. Rok wypłaty <input type="text"/>	23. Przychód za rok <input type="text"/>	24. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
25. Rok wypłaty <input type="text"/>	26. Przychód za rok <input type="text"/>	27. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
28. Rok wypłaty <input type="text"/>	29. Przychód za rok <input type="text"/>	30. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
31. Rok wypłaty <input type="text"/>	32. Przychód za rok <input type="text"/>	33. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
34. Rok wypłaty <input type="text"/>	35. Przychód za rok <input type="text"/>	36. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
37. Rok wypłaty <input type="text"/>	38. Przychód za rok <input type="text"/>	39. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
40. Rok wypłaty <input type="text"/>	41. Przychód za rok <input type="text"/>	42. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
43. Rok wypłaty <input type="text"/>	44. Przychód za rok <input type="text"/>	45. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr

PLATNIK WYPELNI POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RIA	strona: 3	RAPORT INFORMACYJNY
-----------------------------------	----------------	------------------	----------------------------

<p>10. Rok wypłaty</p> <input type="text"/>	<p>11. Przychód za rok</p> <input type="text"/>	<p>12. Kwota</p> <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
13. Rok wypłaty	14. Przychód za rok	15. Kwota
16. Rok wypłaty	17. Przychód za rok	18. Kwota
19. Rok wypłaty	20. Przychód za rok	21. Kwota
22. Rok wypłaty	23. Przychód za rok	24. Kwota
25. Rok wypłaty	26. Przychód za rok	27. Kwota
28. Rok wypłaty	29. Przychód za rok	30. Kwota
31. Rok wypłaty	32. Przychód za rok	33. Kwota
34. Rok wypłaty	35. Przychód za rok	36. Kwota
37. Rok wypłaty	38. Przychód za rok	39. Kwota
40. Rok wypłaty	41. Przychód za rok	42. Kwota
43. Rok wypłaty	44. Przychód za rok	45. Kwota
46. Rok wypłaty	47. Przychód za rok	48. Kwota
49. Rok wypłaty	50. Przychód za rok	51. Kwota
52. Rok wypłaty	53. Przychód za rok	54. Kwota
55. Rok wypłaty	56. Przychód za rok	57. Kwota
58. Rok wypłaty	59. Przychód za rok	60. Kwota

VIII. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ W PLACÓWKACH, O KTÓRYCH MOWA W ART. 2 PKT 1 USTAWY Z DNIA 22 MAJA 2009 r. O NAUCZYCIELSKICH ŚWIADCZENIACH KOMPENSACYJNYCH (Dz.U. z 2024 r. poz. 245) – OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2018 r.

01. Okres od (dd / mm / rrrr)	02. Okres do (dd / mm / rrrr)	03. Wymiar zajęć
04. Okres od (dd / mm / rrrr)	05. Okres do (dd / mm / rrrr)	06. Wymiar zajęć
07. Okres od (dd / mm / rrrr)	08. Okres do (dd / mm / rrrr)	09. Wymiar zajęć
10. Okres od (dd / mm / rrrr)	11. Okres do (dd / mm / rrrr)	12. Wymiar zajęć

IX. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ W PLACÓWKACH, O KTÓRYCH MOWA W ART. 1 USTAWY Z DNIA 26 STYCZNIA 1982 r. KARTA NAUCZYCIELA (Dz.U. z 2023 r. poz. 984, z późn. zm.) – OD 1.01.1999 r.

01. Okres od (dd / mm / rrrr)	02. Okres do (dd / mm / rrrr)	03. Wymiar zajęć
04. Praca w szkolnictwie specjalnym, o której mowa w art. 88 Karty Nauczyciela – jeśli TAK, wpisz X		<input type="checkbox"/>
05. Okres od (dd / mm / rrrr)	06. Okres do (dd / mm / rrrr)	07. Wymiar zajęć
08. Praca w szkolnictwie specjalnym, o której mowa w art. 88 Karty Nauczyciela – jeśli TAK, wpisz X		<input type="checkbox"/>

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

